

CUNA:

Expediente N°2022-0047471

Remitente:
OTROS - CTVC - RESPONSABLE REGIONAL - HERNANDEZ
Destinatario: c/copia: N° de Folios:
UTCJMR 5
Recibido: N° Anexos:
23/06/2022 - 09:39 -
Referencia: Registrador:
ORTIZ VARGAS ALAN ANDRES
Observación:-

Consultas: <https://www.cunamas.gob.pe/>
Teléfonos: (51)(01)748-2000

Nota: La recepción NO da conformidad al contenido.



Cajamarca, 22 de junio de 2022.

OFICIO N° 0076-2022-CTVC/CAJAMARCA

Señor (a).

WILBER WILLINGTON HAQUEHUA BUSTAMANTE

Jefe de la Unidad Territorial Cajamarca

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTA un (01) CASO

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0175-2022-CTVC/CAJ

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente



Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
CAJAMARCA
[Firma]
Lic. Liliana M. Hernández Villanueva
RESPONSABLE REGIONAL

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es **FUNDADO**, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. CAJAMARCA: 942155526 Telf. SEDE LIMA: 942160511	CASO	N° 0175-2022-CTVC/CAJ
--	------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	15/06/2022
------------------	----------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	CESAR ALBERTO POLANCO HUATAY	3. NÚMERO-DNI:	26661305
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – LOS BAÑOS DEL INCA	5. CARGO:	PRESIDENTE

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO

6. FECHA DE OCURRENCIA:		15/06/2022	
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	CAJAMARCA
9. DISTRITO:	LOS BAÑOS DEL INCA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SHAULIO CHICO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/VEEDURÍA?	70191751-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

Durante las acciones de veeduría vigilancia a la Prestación de Servicios del Programa Nacional Cuna Más, se realizó la entrevista a la Sra. Eli Dania Rojas Taculi con DNI N° 70191751, madre de una usuaria de 1 año y 11 meses perteneciente al Comité de Gestión Pequeños Angelitos, distrito Los Baños del Inca. Evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN INCOMPLETO.** Durante la entrevista la Sra. Eli Dania Rojas Taculi manifestó que a la fecha solo ha recibido 04 mascarillas y desconoce el motivo por el cual no le entregaron el jabón líquido y el papel toalla. Ya que la facilitadora no le explicó el motivo. Así mismo se verificó que la usuaria tiene una permanencia en el programa por más de un año. Esta situación estaría contraviniendo la **RDE 0056-2022-MIDIS/PNCM-DE “PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS”** que en el numeral 1. Medidas de Protección sanitaria en el CIAI, inciso f, señala que: *“La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a usuarios del SCD, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19.”*

ANEXO 24
KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN PARA NIÑA Y NIÑO USUARIO DEL SCD

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ENTREGA	CRITERIO
1	JABÓN LÍQUIDO CON DISPENSADOR	FRASCO	MENSUAL	1 X NIÑO
2	MASCARILLAS RESPIRADORES KN95	UNIDAD		4 X NIÑO
3	PAPEL TOALLA X ROLLO	UNIDAD		1 X NIÑO
4	BOLSA* (ENTREGA MENSUAL)	UNIDAD		1 X NIÑO

* La bolsa es de color claro y debe contener a todos los materiales.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Programa Cuna Más debe informar a las usuarias la razón por la que no están recibiendo el kit de higiene y protección completo.
- Programa Cuna Más debe garantizar el cumplimiento **RDE 0056-2022-MIDIS/PNCM-DE**. Prestación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

- Sugerimos al programa Cuna Más realice las indagaciones respectivas de los puntos críticos y se resuelvan en el debido plazo establecido según la Ruta de emisión de Alertas del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as del programa.

V. ANEXOS: (Total de páginas: 03 folios)

1.- Ficha de Vigilancia V- 278-2022-CAJ-C (2 folios).



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA								
Teléfono Regional: 942155526 Teléfono Nacional: 942160511		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS		CODIGO N° V-278-2022-CAJ-C				
SEDE REGIONAL CAJAMARCA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES								
Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)								
1	FECHA de la entrevista:	15 / 06 / 2022 /	2	HORA de la entrevista: INICIAL 14 : 50 FINAL 15 : 05				
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.								
3	DNI del Cuidador Principal:	41994802	4	NOMBRE y APELLIDOS: GLADIS ESCOBAL DIAZ				
5	DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	6	PROVINCIA: CAJAMARCA				
7	DISTRITO:	LOS BAÑOS DEL INCA	8	CCPP/Barrio/Dirección: PUYLLUCANA S/N				
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a: a) Madre (<input checked="" type="checkbox"/>) b) Padre () c) Otros () Precise: _____							
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece: SEMILLITAS DE VIDA							
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: CAMINITO DEL FUTURO							
12	IDIOMA que usa más (idioma predominante): a) Español (<input checked="" type="checkbox"/>) b) Quechua () c) Aymara () d) Ashaninka () e) Awajún () f) Otros: _____							
II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS								
13	Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 01							
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 00 Meses: 11 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:							
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
15.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:							
16	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento: Niño 1: Niño 2: Niño 3:			NS/NR				
18	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
18.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:							
19	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
19.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:							
20	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:							
20.1								
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
21.1	Señale su nombre: _____							
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? :			NS/NR	NA			
23	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:			Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
24	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:			NS/NR				
	a) Lactancia materna <input checked="" type="checkbox"/> b) Le doy hierro <input checked="" type="checkbox"/> c) Lavado de manos <input checked="" type="checkbox"/> d) Le doy agua hervida o clorada <input checked="" type="checkbox"/> e) Le llevo a sus controles CRED/vacuna <input checked="" type="checkbox"/> f) Otros			NS/NR				
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione:							
25	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:			NS/NR				
	a) Antes de preparar los alimentos <input checked="" type="checkbox"/> b) Antes de comer <input checked="" type="checkbox"/> c) Después de ir al baño <input checked="" type="checkbox"/> d) Después de cambiar el pañal <input checked="" type="checkbox"/> e) Antes de cambiar al bebé <input checked="" type="checkbox"/> f) Otros			NS/NR				
25.1	Si la respuesta es Otros, mencione:							
26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:			NS/NR				
	Alimento 1 LECHE Alimento 2 MENESTRA Alimento 3 ACEITE Alimento 4 AVENA Alimento 5 FIDEOS			NS/NR				
	Alimento 6 ATUN Alimento 7 SANGRECITA Alimento 8 Alimento 9 Alimento 10			NA				
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:			Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:			MEJORAR LA RACION DE LECHE, ACEITA, MENESTRAS				
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?			SI	NO	NS/NR		
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:			Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
29	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
29.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:			Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?			IMPLEMENTACION DE JUEGOS DIDACTICOS				
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?:			Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
31	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR		
32.1	Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:			Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	NA
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:							

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942155526		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N°	
Teléfono Nacional: 942160511		HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS		V-278-2022-CAJ-C	
SEDE REGIONAL CAJAMARCA					
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES					
33 En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?					
a) Lavado de manos (X) b) Uso de mascarilla (X) c) Distanciamiento-1.5metros (X) Ninguna () Otros					
34 ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?					
a) Primera dosis () b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()					
34.1 Si la respuesta es Ninguna, diga por qué					
35 ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?					
SI NO NS/NR					
36 ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?					
SI NO NS/NR					
37 ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?					
SI NO NS/NR					
38 OBSERVACIONES (o dificultades)					
SOLAMENTE LES HAN ENTREGADO MASCARILLAS					
39 RECOMENDACIONES					
DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		
Nombres y Apellidos:		CÉSAR ALBERTO POLANCO HUATAY		Nombres y Apellidos:	
DNI:		26661305		LILIANA MARITZA HERNANDEZ VILLANUEVA	
Cargo:		PRESIDENTE		718888923	
Correo electrónico:		alberberas@outlook.com		RESPONSABLE REGIONAL	
				Cajamarca.rrctvcperu@gmail.com	